

## Procespapir for anden generations sundhedsaftale

### 1. Indledning

I henhold til Sundhedslovens § 205 skal region og kommuner i hver valgperiode indgå en sundhedsaftale. Sundhedsaftalen er en politisk aftale, der fastsætter rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne på en række områder, der alle berører sundhed. Desuden er aftalen et dokument rettet mod det sundhedsfaglige personale. Dokumentet fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på udvalgte områder indenfor sundhedsvæsenet.

Sundhedsaftalernes formål er at fremme sammenhængende patientforløb. Hermed menes, at patienter oplever sammenhæng i de forløb, der strækker sig mellem de tre sundhedssektorer i Danmark: alment praktiserende læger, hospitaler og kommuner. Fokus for sundhedsaftalerne er derfor på snitflader mellem sektorer snarere end på patientforløb i de enkelte sektorer.

Sundhedsloven fastsætter, at regionsråd og kommunalbestyrelser skal nedsætte et *Sundhedskoordinationsudvalg*. Udvalgets formål er at sikre sammenhæng mellem indsatsen på sundhedsområdet i de to sektorer og sikre sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer (§ 204). Her tænkes blandt andet på det sociale område og børne-/ungeområdet<sup>1</sup>.

### 2. Indhold af anden generations sundhedsaftale

#### 2.1 Obligatoriske områder

Til Sundhedsloven er knyttet en *bekendtgørelse om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler (ny udgave september 2009)*. Det fremgår heraf, at det er Sundhedskoordinationsudvalget, der udarbejder et generelt udkast til de sundhedsaftaler, der skal indgås mellem Regionsrådet og de enkelte kommunalbestyrelser (Sundhedsloven § 205 og Bekendtgørelsen § 3).

---

<sup>1</sup> Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, afsnit 3

I bekendtgørelsen specificeres de emner, der skal indgå i den generelle sundhedsaftale. I bekendtgørelse af september 2009 er disse:

1. Indlæggelses- og udskrivningsforløb
2. Træningsområdet
3. Behandlingsredskaber og hjælpemidler
4. Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
5. Indsatsen for mennesker med sindslidelser
6. Opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser

## 2.2 Særlige politiske fokusområder

Bekendtgørelsen åbner mulighed for, at der kan indgås aftale på områder udover de ovenfor nævnte. Konkret arbejder Region Midtjylland og kommunerne med en række særlige fokusområder. Herunder kan nævnes:

- Økonomi
- Børn, unge og gravide
- Indsats mod kronisk sygdom
  - Implementering af forløbsprogrammer på klynge-niveau
- Hjerneskadeområdet
- Sociale forskelle i sundhed

## 2.3 Øvrige områder

Følgende områder foreslås endvidere integreret i anden generations sundhedsaftalen

- Elektronisk kommunikation
- Tandområdet
- Opgaveoverdragelse herunder udformning af rammeaftale
- Ensartede snitflader: kommune, region og praksis
- Fælles kompetenceforløb
- Yderligere fokus på pt. forløb
  - Færdigbehandling/udskrivningsparat
  - Varslingsfrister/Forberedelsestid
  - Behandling i hjemmet
  - Ambulant behandling
- Palliativbehandling
- Methicillinresistent Staphylococcus aureus bakterie (MRSA)
- Demensområdet
- Traumatiserede flygtninge
- Familieambulatorium
- Udskrivning af for tidligt fødte børn

## 3. Godkendelse af sundhedsaftalen

Selvom sundhedsaftalen er en aftale mellem to politiske myndigheder, skal aftalens indhold godkendes af Sundhedsstyrelsen. Indsen-

delse af sundhedsaftaler til Sundhedsstyrelsen skal ske inden udgangen af januar i valgperiodens andet valgår. For nærværende aftale betyder det, at den skal indsendes i januar 2011.

#### **4. Ambitionsniveauet for anden generations sundhedsaftalen i Region Midtjylland**

Følgende principper vil være styrende for anden generations sundhedsaftalen i Region Midtjylland:

- Den øgede specialisering af hospitalsvæsenet fordrer ensartede procedurer i samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis. Følgende har alle parter en interesse i, at den generelle aftale får større betydning. Lokale aftaler skal som udgangspunkt omhandle særlige lokale initiativer ud over den generelle aftale og derfor som udgangspunkt ikke lokale afvigelser fra denne
- Sikring af ejerskab blandt såvel politikere, sundhedspersonale og almen praksis.
- Effekten af de igangsatte initiativer i sundhedsaftalen skal synliggøres
- Dokumentet skal være dynamisk. Det vil sige, at parterne løbende skal have mulighed for at tilføje yderligere aftaleelementer/tillægsaftaler
  - Administrative tilføjelser, uden økonomiske og principielle konsekvenser for parterne godkendes i Sundhedsstyregruppen med orientering til Sundhedskoordinationsudvalget
  - Andre initiativer skal fortsat politisk godkendes i Sundhedskoordinationsudvalget, kommunalbestyrelser og Regionsrådet
  - I tvivlstilfælde skal initiativerne altid godkendes politisk blandt de enkelte parter
- Øget fokus på implementering

#### **5. Interessenter**

Sundhedsaftalen indgås formelt mellem Kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune og Regionsrådet. Aftalen er således som ovenfor nævnt et politisk dokument.

##### *5.1 Kommuner og region*

I såvel kommuner og i region berører sundhedsaftalerne dog en lang række andre parter end blot det politiske niveau. På administrativt niveau opstiller sundhedsaftalerne rammerne for samarbejdet i forhold til opfølgning og udvikling og på det udførende niveau regulerer sundhedsaftalerne, hvordan personalet, der har den direkte kontakt til borgere/patienter, skal understøtte det integrerede patientforløb. Dette eksempelvis i forhold til varslingsfrister, arbejdsgange og kommunikation.

## 5.2 Alment praktiserende læger

De alment praktiserende læger og speciallæger er omfattet af sundhedsaftalen med regionen som aftalepart. Alment praktiserende læger og speciallæger kan dog som udgangspunkt ikke bindes af krav i sundhedsaftalen, som går ud over deres overenskomst.

Almen praksis' indflydelse og ejerskab til den generelle sundhedsaftale sikres gennem repræsentation i relevante temagrupper, ligesom indflydelsen på de lokale aftaler sikres ved deltagelse af repræsentanter fra almen praksis ved forhandlingerne om klynge- og lokalaftaler. I den forbindelse bør det prioriteres således, at almen praksis har et klart mandat.

Endvidere styrkes almen praksis' rolle ved, at Region Midtjylland ved Primær Sundhed inddrages administrativt. Primær Sundhed skal sikre forankring og understøttelse af de aftalte initiativer ved at tage del i de respektive mødefora omkring sundhedsaftalerne (f.eks. med fast repræsentation på klyngemøderne).

Nærværende procespapir og den generelle sundhedsaftale vil blive behandlet i samarbejdsudvalget for almen praksis.

Den lange række af interessenter har alle forskellige behov i forhold til en sundhedsaftale. Fra det helt overordnede politiske niveau over det administrative niveau til det sundhedsfaglige personales behov for et konkret arbejdsredskab i dagligdagen. For at opnå ejerskab blandt alle fordrer anden generations sundhedsaftalen en målretning og strukturering, der understøtter disse behov.

## 5.3 Andre parter

Andre parter, der har relation til sundhedsaftalerne er:

- private sygehuse
- behandlingsinstitutioner
- private leverandører – herunder fysioterapeuter og kiropraktorer
- De sociale institutioner i regioner og kommuner (vejledningen afsnit 3.3).
- Desuden kan embedslægeinstitutionen og kriminalforsorgen (mennesker med sindslidelser idømt foranstaltning) nævnes.

De ovennævnte parter vil ikke blive involveret direkte i udarbejdelsen af sundhedsaftalen, men de krav, som stilles i sundhedsaftalerne vil, under hensyntagen til særlovgivning, omfatte disse.

Specialtandplejens organisering, herunder aftaler mellem den regionale specialtandpleje og kommunerne forankres endvidere i sund-

hedsaftalerne. I Region Midtjylland er Sundhedskordinationsudvalget tillige *Tandkordinationsudvalg*.

## **6. Værdier for samarbejdet**

Sundhedsaftalerne i Region Midtjylland har som det primære formål, at borgere og patienter modtager en indsats, der bygger på et samarbejde mellem de involverede myndigheder. Indsatsen skal være sammenhængende og af høj kvalitet uanset karakter og antallet af kontakter.

Sundhedskordinationsudvalget har vedtaget nedenstående værdier for samarbejdet mellem de parter, der har udarbejdet første generations sundhedsaftalen. Mission, vision og værdier for anden generations sundhedsaftalen drøftes af Sundhedsstyregruppen og Sundhedskordinationsudvalget i foråret 2010.

### *Det gode samarbejde med brugerne – det brugerfokuserede sundhedsvæsen*

Indsatsen i sundhedsvæsenet i regionen og i kommunerne i regionen skal være brugerfokuseret. Dette indebærer, at samarbejdspartnerne – det vil sige hospitalerne, praktiserende læger og de kommunale sundhedsordninger - aktivt involverer borgeren i tilrettelæggelsen af det enkelte patientforløb og sætter borgeren og borgerens behov i centrum.

*”Det brugerfokuserede sundhedsvæsen hviler på en aktiv inddragelse af den enkelte borger i eget patientforløb”*

### *Det gode samarbejde mellem hospital, praktiserende læger og kommunerne*

Det gode samarbejde bygger på gensidig respekt og tillid mellem parterne med henblik på at søge løsninger, hvor borgernes behov er det fælles omdrejningspunkt for den faglige indsats. De enkelte parters kompetencer skal anvendes bedst muligt for at sikre optimale patientforløb.

Gensidig tillid og respekt mellem parterne er endvidere afgørende for at ingen borgere kommer til at befinde sig i en gråzone, hvor ingen handler. For at undgå dette påhviler initiativpligten, den instans hvor borgeren fysisk opholder sig. Eventuelle uenigheder om ansvarsplacering og økonomiske byrder afklares efterfølgende mellem parterne.

*”Det gode samarbejde hviler på initiativpligten, hvilket betyder, at initiativet skal tages der, hvor borgeren fysisk opholder sig.”*

## 7. Forhandling og udarbejdelse af sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen indgås mellem hver enkelt kommunalbestyrelse og Regionsrådet. Som følge af den stigende specialisering på hospitalsområdet vil borgerne i en given kommune i fremtiden ikke nødvendigvis få behandling på det nærmeste hospital, men modtage sin behandling på nærmeste relevante specialiserede hospital.

Alle parter har derfor en interesse i, at aftalerne for regionen bliver så generelle og universelt dækkende som muligt.

Samtidig er der stadig behov for lokale islæt for den enkelte kommune og i klyngerne omkring de enkelte hospitaler, idet de på trods af den stigende specialisering stadig spiller en væsentlig rolle i samarbejdet på hele sundhedsområdet.

## 8. Organisation

Udarbejdelsen af anden generations sundhedsaftaler organiseres med afsæt i organiseringen for udarbejdelsen af første generations sundhedsaftaler. Dette indebærer følgende organisering:

Sundhedsaftalerne i Region Midtjylland opdeles i tre niveauer:

- Den generelle aftale
- Klyngeaftalen
- Den lokale aftale

### 8.1 Den generelle aftale

Udarbejdelsen af den generelle aftale organiseres i syv temagrupper ud fra de obligatoriske emner:

- Temagruppen om indlæggelses- og udskrivningsforløb
- Temagruppen om træningsområdet
- Temagruppen om behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Temagruppen om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- Temagruppen for voksenpsykiatri
- Temagruppen for børne- og ungdomspsykiatri
- Temagruppen om opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser

Fire af temagrupperne er allerede nedsat med udarbejdelsen af første generations sundhedsaftaler, mens de to temagrupper inden for emnet indsatsen for mennesker med sindslidelser og temagruppen om utilsigtede hændelser er nedsat med udarbejdelsen af anden generations sundhedsaftaler.

Temagrupperne er sammensat af faglige repræsentanter fra hospitaler, kommuner og praksissektor. Der er delt formandskab i temagrupperne samt mulighed for delt sekretariat.

Temagrupperne har til opgave at udarbejde den generelle sundhedsaftale inden for de seks obligatoriske områder. Herunder at udarbejde en sundhedsaftale, der opfylder de af bekendtgørelsen oplyste krav.

Udarbejdelsen af den generelle aftale påbegyndes ultimo 2009 med nedsættelse af de syv temagrupper.

Udover de obligatoriske områder har Region Midtjylland valgt at indgå frivillige aftaler på følgende områder:

- Børn, unge og gravide
- Økonomi

### *8.2 Klyngeaftaler*

Klyngeaftalerne indgås af deltagerne i en klynge. Herved har parterne – hospital, de omkringliggende kommuner og repræsentanter for almen praksis i området – mulighed for at indgå tværgående samarbejdsaftaler inden for rammerne af den generelle aftale. Som eksempel kan nævnes aftale om opfølgende hjemmebesøg i Vest Klyngen og aftale om Shared Care Teamet i Silkeborg Klyngen.

Udarbejdelsen af klyngeaftaler påbegyndes med forhandlinger i juni 2010, når den generelle sundhedsaftale foreligger.

### *8.3 Lokale aftaler*

De lokale aftaler indgås mellem den enkelte kommune og Region Midtjylland. I den lokale aftale fremgår de særlige samarbejdsaftaler, der gør sig gældende for den pågældende kommune. Herunder kan f.eks. nævnes samarbejde om rygestop mellem en kommune og et hospital.

Udarbejdelsen af lokale aftaler påbegyndes i september 2010 med forhandlinger, når både den generelle aftale og klyngeaftalen foreligger.

## **9. Strukturen på sundhedsaftalen**

*Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler* (september 2009) giver mulighed for, at de enkelte Sundhedskoordinationsudvalg kan beslutte formen på sundhedsaftalerne<sup>2</sup>. Vejledningen tilråder dog, at sundhedsaftalerne har en ensartet form inden for den enkelte region.

Det vil sige, at aftalen både kan udarbejdes som et samlet dokument eller som flere dokumenter, ligesom aftalen kan beskrives på tværs af de obligatoriske områder, såfremt dette skulle være relevant.

---

<sup>2</sup> Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler Af-snit 3.5

Region Midtjyllands sundhedsaftale for perioden 2011-2014 vil følgende blive inddelt i to overordnede og til hinanden supplerende dokumenter:

1. en politisk/administrativ del, der dels beskriver de overordnede målsætninger dels den formelle organisering af samarbejdet samt
2. en del rettet mod det udførende niveau, hvori samarbejdet mellem de tre sektorer beskrives mere konkret. Denne del vil udmøntes i en såkaldt "pixi-udgave"

Det væsentligste argument for ovenstående todeling er, at det giver mulighed for at samle de enkelte elementer i sundhedsaftalen i mere homogene afsnit. På den måde behøver hele sundhedsaftalen ikke læses for at finde det eller de emner, der har interesse. Kort sagt vil en opdeling give større læselyst og ejerskab til sundhedsaftalerne blandt de målgrupper, der berøres af aftalen.

I forhold til de frivillige indsatsområder vil disse på samme vis som de obligatoriske områder blive beskrevet i særskilte kapitler.

I forbindelse med indrapporteringen til Sundhedsstyrelsen udarbejder Region Midtjylland desuden en læsevejledning, der præciserer, hvor i den enkelte aftale bekendtgørelsens krav er opfyldt.

Nedenstående grafik illustrerer opdelingen:



## Sundhedsaftale for Region Midtjylland

### Politisk/administrativ

#### Målsætninger for:

- Indlæggelse/udskrivning
- Træning
- Behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Forebyggelse og sundhedsfremme
- Mennesker med sindslidelser
- Utsigtede hændelser
- Økonomi
- Børn, unge og gravide
- Opfølgning – herunder organisation og fælles monitorering

### Sundhedsfaglig (pixi)

#### Konkrete retningslinjer for det tværsektorielle samarbejde:

- Indlæggelse/udskrivning
- Træning
- Behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Forebyggelse og sundhedsfremme
- Mennesker med sindslidelser
- Utsigtede hændelser

### 9.1 Delingen af sundhedsaftalen – hvordan?

Sundhedsaftalen i Region Midtjylland vil som ovenfor beskrevet bestå af to dokumenter. Der vil således ikke, som det gælder for første generations aftalen, være et overordnet dokument, der indeholder både information til sundhedsfaglige på udførende niveau og til politikere, administration og Sundhedsstyrelse.

Der er allerede udarbejdet en sundhedsfaglig version af den eksisterende sundhedsaftale. Opgaven for temagrupperne i relation hertil bliver, med udgangspunkt i den eksisterende pixiudgave af første generations aftalen, at udarbejde sundhedsfaglige retningslinjer for det tværsektorielle samarbejde for anden generations aftalen. Den primære målsætning for temagrupperne er her at opnå størst mulig enighed om regionalt gældende procedurer og retningslinjer for det udførende personale.

Rammerne for den politisk/administrative del af aftalen defineres af Sundhedskoordinationsudvalget, der udpeger overordnede målsætninger for temagruppernes arbejde (se afsnit 10).

Det er endvidere i denne del, at lokale og klyngevisse initiativer/islæt indarbejdes. Dette sker i forbindelse med klyngeforhandlingerne og de lokale aftaler mellem Regionsrådet og Kommunalbestyrelsen.

Konkret vil der som slutdokument i sundhedsaftalen – den politisk/administrative del – blive udarbejdet en allonge, hvori de lokale og klyngemæssige initiativer beskrives.

Som følge af bekendtgørelsens krav om opfølgning vil sundhedsaftalen desuden indeholde et overordnet kapitel, hvor fokus er på opfølgning. Dette vil gøre aftalen væsentlig kortere og mere læsevenlig end den nuværende aftale, hvor alle kapitler blandt andet indeholder et næsten enslydende afsnit om opfølgning. Temagrupperne bidrager med input til opfølgningsspunkter på deres respektive områder. På baggrund af input fra temagrupperne udarbejder en "opfølgningsgruppe" et samlet kapitel for opfølgning.

## **10. Overordnede rammer for udarbejdelsen af sundhedsaftalen i Region Midtjylland**

Rammen for udarbejdelsen af anden generations sundhedsaftalen i Region Midtjylland udgøres dels af politisk definerede målsætninger dels af en række udefra definerede principper og retningslinjer.

Rammen bliver beskrevet herunder.

### *10.1 Politisk definerede målsætninger*

Som nævnt indledningsvis er det overordnede effektmål med sundhedsaftalerne at fremme integrerede patientforløb, således at patienter oplever sammenhæng i de forløb, der strækker sig mellem de tre sundhedsområder i Danmark.

På Sundhedskoordinationsudvalgets møder i foråret 2010 vil udvalget udpege målsætninger for såvel hele sundhedsaftalens effekt som for de enkelte delaftaler.

For at opnå så klare og anvendelige målsætninger som muligt og opnå politisk ejerskab til sundhedsaftalen foreslås følgende proces:

- Primo februar 2010: Sundhedsstyregruppen udarbejder oplæg til målsætninger for Sundhedskoordinationsudvalget. Disse gælder for både de obligatoriske områder og for de ikke obligatoriske områder.
- Primo/medio marts 2010: Sundhedskoordinationsudvalget: Temamøde om sundhedsaftalen: udarbejde målsætninger for obligatoriske og ikke-obligatoriske områder (debat, evt. med oplæg fra interessenter kommuner, sundhedsbruger-råd, hospitaler etc.)
- Februar-april 2010: Temagrupperne udfylder/udfolder rammerne, som SKU har lagt.

Centrale indikatorer, som Sundhedskoordinationsudvalget vil have fokus på er:

- Den enkelte patients/brugers oplevelse af indsatsen
- Sundhedstilstanden for en given population (sygdomsgruppe, socialgruppe, distrikt, kommune, region)
- Økonomi og aktivitet – hvad får vi for pengene?
- Identifikation af problemområder ift. samarbejdet

De respektive temagrupper konkretiserer de politisk udmeldte målsætninger via specifikke og realistiske delmål for deres delaftale. Temagrupperne skal anvise, hvorledes delmålene kan måles og i sidste ende evalueres.

### *10.2 Principper og retningslinjer for sundhedsaftalen*

Ud over bekendtgørelsen og vejledningen er der en række andre principper og retningslinjer, der bør indarbejdes i sundhedsaftalerne.

Helt centralt herfor står de krav, som stilles til hospitalerne ift. akkreditering i forbindelse med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). DDKM, er et nationalt og tværgående kvalitetsudviklingssystem for sundhedsvæsenet, der udvikles i et samarbejde mellem stat, regioner, kommuner og erhvervsliv.

DDKM skal medvirke til at:

- fremme samarbejde mellem sektorerne
- skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb
- skabe løbende kvalitetsudvikling
- inddrage og bruge den viden, der er opnået via forskning og erfaring i den daglige praksis
- dokumentere og synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet
- sikre høj kvalitet på tværs af geografi og sektorer
- forebygge, at den dybe kvalitetstallerken skal opfindes forfra hver gang
- gøre sundhedsvæsenet bedre – hele tiden
- forebygge fejl, som koster liv, livskvalitet og ressourcer

(kilde: [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk))

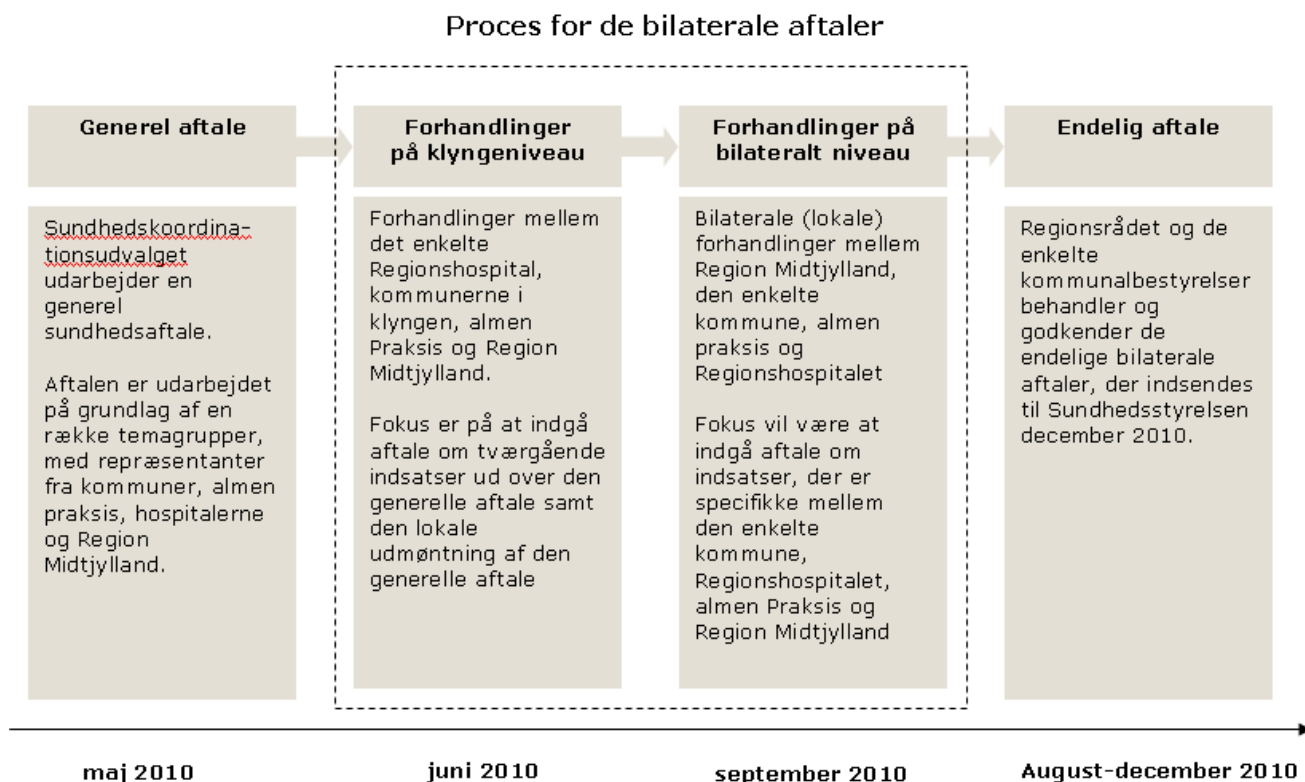
Kommunerne er endnu ikke omfattet heraf, men der er en proces i gang med henblik på en kommunal kvalitetsmodel.

I forhold til DDKM for hospitalerne bør særligt de dele, som berører overgange mellem hospital og kommuner indarbejdes (2.17.1, 2.17.3 og 2.3.3). Generelt skal konvergensen mellem sundhedsaftalerne og DDKM sikres og udbygges i anden generations sundhedsaftaler 2010.

Utsigtede hændelser er som ovenfor nævnt et nyt obligatorisk indsatsområde i anden generations sundhedsaftaler i 2010. Øget fokus

på området vil hjælpe til at højne patientsikkerheden i overgange mellem hospitaler, kommuner og praksis. Samtidig vil der ske en læring og videndeling på tværs af sektorer.

Nedenstående oversigt illustrerer processen for udarbejdelsen af anden generations sundhedsaftaler.



### Tidsplan og proces

Den overordnede tidsplan for udarbejdelse og indgåelse af sundhedsaftalen vil se ud som følger:

<i>Dato</i>	<i>Aktivitet</i>	<i>Indhold</i>
6. november 2009	Sundhedsstyregruppens kontaktudvalg	Drøfter procespapir
16. november 2009	Møde med formændene for de enkelte temagrupper	<p>Evaluerer af proces 1. gen. aftaler</p> <p>Drøfte regionens oplæg til proces og tidsplan</p> <p>Drøfte emner til temaer for den politiske del</p> <p>Drøfte udkast til kommissorier blandt de enkelte formandskaber</p>

18. november 2009	Sundhedsstyregruppen	Drøftelse af proces og tidsplan
15. december 2009	Sundhedskoordinationsudvalget	Godkendelse af kommissorier (efter skriftlig godkendelse af Sundhedsstyregruppens Kontaktudvalg) Godkendelse af tidsplan/procespapir
Primo januar 2010	Sundhedsstyregruppens Kontaktudvalg	Orientering evt. drøftelse af temaer
26. januar 2010	Møde ml. gl. SKU og ny SKU	Orientering om proces og om erfaringer med 1. generations sundhedsaftaler
2. februar 2010	Sundhedsstyregruppen	Udarbejde input til den politiske proces omkring temaer og målsætninger for sundhedsaftalerne. Drøftelse af mission, vision og værdier
10. marts 2010	Sundhedskoordinationsudvalg	Temamøde om sundhedsaftalen. Udarbejde målsætninger for obligatoriske og ikke-obligatoriske områder samt drøftelse af mission, vision og værdier
Februar-april 2010	Temagrupperne udarbejder den generelle aftale	
Marts 2010	Sundhedsstyrelsen mødes med de 5 sundhedskoordinationsudvalg	Drøftelse af proces og indhold
24. marts 2010	Sundhedsstyregruppens Kontaktudvalg	
April 2010	Kommunale sundhedsudvalg	Oplæg til den generelle anden generations sundhedsaftale drøftes i de 19 kommuners sundhedsudvalg. Formændene giver en tilbagemelding på mødet den 28. april
April 2010	Sundhedsministeren mødes med formænd/næstformænd fra de 5 sundhedskoordinationsudvalg	
22. april 2010	Sundhedsstyregruppen DAS inviteres med til drøftelsen	Drøftelse af den generelle aftale
28. april 2010	Formændene i kommunale Social- og sundhedsudvalg mødes med SKU	Drøfte sundhedsaftale samt indhold.
12. maj 2010	Sundhedskoordinationsudvalg	Godkendelse af den generelle aftale
Juni 2010	Klynger	Udarbejdelse af klyngeaftaler/afholdelse af klyngemøder
Medio august-oktober 2010	Kommuner og region	Udarbejdelse af lokale aftaler
Oktober-december 2010	Kommunalbestyrelser og Regionsråd	Godkendelse af sundhedsaftalerne
Januar 2011	Indsendelse af sundhedsaftale til Sundhedsstyrelsen	